

045-243-0550へFAX送信してください。

平成 年 月 日

東京地方税理士協同組合共済会 御中

(会員先生→共済会→NSS)

「口座振替利用紹介先」に関する連絡票

会 員 名	(フリガナ)	税 理 士 登 録 番 号				
事務所名または 税理士法人名						
住 所	〒					
		TEL	()		
メールアドレス(任意)						

【個人情報の取扱いについて】

ご記入いただいた個人情報は、当会と提携する日本システム収納(NSS)が口座振替システムのご案内をお届けするために利用させていただきますので、ご了承ください。

詳細な資料を送付させていただきます。

送付先を選んでください → (ア.事務所 イ.関与先)

関与先名						
代表者(担当者)	代表者	(担当者)				
住 所	〒					
		TEL	()		
業 種 (集 金 内 容)						
連 絡 事 項						

【個人情報の取扱いについて】

口座振替利用先紹介制度のために、当連絡票に記載の関与先個人情報を東京地方税理士協同組合共済会ならびに日本システム収納(NSS)に提供することの同意を得ております。

(共済会使用欄)

平成 年 月 日

日本システム収納株式会社 御中

(FAX:03-3667-8323)

上記連絡を受けましたので、資料送付・連絡をお願いします。

東京地方税理士協同組合共済会

印

受付番号 ()